

## Motiveren in groepen

*Cor Verbrugge, Mijke van Gogh, Marc Bosma, Carlos Jilleba en Cor de Jong\**

### Inleiding

De motivatie van de patiënt voor verandering is cruciaal voor het slagen van elke behandelingsinterventie. De ambivalentie is vaak kenmerkend: ‘Ik wil veranderen, maar ik denk dat ik het niet kan.’ De therapeut probeert de patiënt te helpen door motivatie voor verandering helder te krijgen. Dat gebeurt met motiverende gesprekstechnieken (Miller & Rollnick, 1991) en door middel van het aansluiten bij de veranderingsfasen van het transtheoretisch model (TTM; Prochaska & DiClemente, 1986). Voorbeschouwing (precontemplatie), overdenking (contemplatie), voorbereiding (preparatie), initiatief tot gedragsverandering (actie) en de fase van consolideren van bereikte verbeteringen worden gezien als opeenvolgende stappen binnen een veranderings- en stabiliseringssproces. De motivatie van patiënten is in het begin van een veranderingsproces vaak nog broos. Het vergt tijd en geduld om de patiënt zich bewust te laten worden van voordelen voor gedragsverandering.

In de dagelijkse praktijk zien we dat door het toepassen van het TTM het identificeren van de veranderingsfase waarin de patiënt zich bevindt, wordt vereenvoudigd. De denkprocessen over hoe een persoon zijn situatie ziet, blijven echter te vaak ongemoeid. Het zijn juist die onderliggende denkprocessen die de motor zijn om van de ene fase naar de volgende te gaan.

\* C.A.G. Verbrugge is onderzoeksverpleegkundige bij Novadic-Kentron te Vught en bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction van Radboud Universiteit Nijmegen. E-mail: cor.verbrugge@novadic-kentron.nl.

Drs. M.T. van Gogh is psycholoog bij Novadic-Kentron te Vught.

Drs. M. Bosma is psycholoog bij Novadic-Kentron te Vught.

Drs. C. Jilleba is verpleegkundige bij Novadic-Kentron te Vught.

Prof. dr. C.A.J. de Jong is wetenschappelijk directeur bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction en hoogleraar verslaving en verslavingszorg bij Radboud Universiteit Nijmegen.

Uit recente studies blijkt de evidentie van de effectiviteit van het TTM niet altijd sterk (Riemsma e.a., 2002; Van Sluijs e.a., 2003). Ook de validiteit van het model wordt ter discussie gesteld. Er is met name kritiek op de multidimensionaliteit van motivatie, de temporele dimensie en de beperkte lading van relevante motivationele factoren (Drieschner, 2005; West, 2005). Toch heeft het model een grote aantrekkracht die onze kennis over processen van gedragsverandering heeft vergroot, een logische structuur geeft en verhelderende handvatten biedt (Schippers, 2009).

### Motiverende groepsbehandeling

In *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual* wordt een gestructureerde groepsbehandeling beschreven om verandering op gang te brengen (Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001). Heel precies wordt aangegeven hoe de therapeut overgangen van de ene fase van motivatie voor verandering naar de volgende fase kan bewerkstelligen. In het kader van NISPA-monitorprojecten werd het boek in het Nederlands vertaald (2006; zie [www.monitorprojecten-nispa.nl](http://www.monitorprojecten-nispa.nl)). Het geprotocolleerde programma bestaat uit 29 sessies, waarbij cognitief-gedragstherapeutische methodieken worden gebruikt. In de inleiding van het boek zegt William Miller hierover: ‘Waar anderen hebben getracht een fasegerichte strategie te ontwikkelen, gebruikt deze groepsaanpak TTM zelf om juist de veranderingsprocessen die de mens in zijn dagelijks leven gebruikt, te mobiliseren.’

Elke sessie behandelt één of meer veranderingsprocessen, op het moment dat die essentieel zijn voor verandering. Het programma sluit daarmee conceptueel aan bij het transtheoretische model van gedragsverandering. De handleiding beschrijft activiteiten en interventies die bepaalde vaardigheden bij de patiënten vergroten, zodat zij alle veranderingsfasen met succes kunnen doorlopen. Motiverende benaderingswijzen zoals vastgesteld door Miller en Rollnick vullen het model aan en bieden een methode die veranderingen bevordert. De eerste reeks (veertien sessies) is ontwikkeld voor patiënten die zich in de beginfasen van verandering bevinden: precontemplatie, contemplatie en preparatie. Hierbij ligt het accent op het werken met vijf ervaringsprocessen (zie tabel 1):

- bewustmaking (gericht op zelfinzicht en inzicht in de aard van het gedrag);
- emotionele opluchting (door het beleven van emoties passend bij de problemen);

- zelfherbeoordeling (door het erkennen van de discrepantie tussen gedrag en eigen waarden of levensdoelen);
- herbeoordeling van de omgeving (door erkenning van en inzicht in consequenties van het eigen gedrag op de omgeving);
- sociale bevrijding (door erkenning van alternatieven in de sociale omgeving die gedragsverandering kunnen bevorderen).

De hier genoemde processen houden verband met de beslissingsbalans, omdat voors en tegens van bepaald gedrag afgewogen worden door de patiënt. Miller en Rollnick (1991) zijn van mening dat het bewerken van de motivatie voor gedragsverandering niet alleen bestaat uit bewustwording van de voordelen van gedragsverandering, maar ook uit bewustwording van de nadelen van het huidige gedrag. In het pilotproject werd deze reeks aangeduid als Motivatie in groepen 1.

Thomas (34) is twintig jaar verslaafd aan middelen en neemt deel aan ‘Motiveren in groepen’: ‘Iedereen zou met deze groep moeten kunnen starten. Bij sommige dingen sta je gewoon helemaal niet stil. Deze groep laat iedereen even stilstaan en geeft ze een moment om zich te uiten. Ik denk dat mensen ook kunnen deelnemen als ze nog bezig zijn met gebruik.’

De tweede reeks (vijftien sessies) is ontwikkeld voor patiënten die zich in de eindfasen van verandering bevinden: actie en consolidatie. Het accent ligt in deze eindfase van verandering meer op ondersteuning en versterking van gedragsverandering (zie tabel 1). Er wordt gewerkt met:

- stimuluscontrole (vermijden of wijzigen van secundaire prikkels);
- contraconditionering (vervangen van ongezond gedrag door gezond gedrag);
- bekraftiging (belonen en versterken van positief gedrag);
- zelfbevrijding (geloof in eigen kracht tot verandering);
- steunende relaties vinden (door erkenning van steunende kracht van belangrijke anderen).

Hoewel ‘efficacy’ in TTM niet als veranderingsproces wordt beschouwd, is dit een essentieel en doorlopend proceselement: het groeiend vertrouwen van de patiënt de verandering te kunnen bewerkstelligen. Deze reeks werd in het pilotproject aangeduid als Motivatie in groepen 2.

Tabel 1 toont hoe de processen en de fasen met elkaar in verband staan. Bepaalde fasen van het veranderingsproces worden gekenmerkt door een zeer laag of juist een zeer hoog activiteitsniveau. Belangrijk is dat specifieke processen in sommige fasen meer opvallen dan in andere (Perz, DiClemente & Carbonari, 1996). Er zijn ook processen die een brug vormen tussen twee fasen en sommige processen worden in meerdere fasen gebruikt, maar verschillen dan in intensiteit.

**Tabel 1. Het juiste doen op het juiste moment: wat helpt een patiënt de stap te maken van hier naar daar?**

<b>Motivatie 1: ervaringsprocessen sessie 1-14</b>		<b>Motivatie 2: gedragsprocessen sessie 15-29</b>		
Veranderingsfase	Van precontemplatie naar contemplatie	Van contemplatie naar preparatie	Van preparatie naar actie	Van actie naar consolidatie
Belangrijkste veranderingsprocessen	Bewustmaking			Geconsolideerd blijven
	Emotionele opluchting			
	Zelfherbeoordeling	Zelfherbeoordeling		
	Herbeoordeling van de omgeving	Herbeoordeling van de omgeving		
	Beslissingsbalans	Beslissingsbalans		
	Self-efficacy	Self-efficacy	Self-efficacy	Self-efficacy
		Zelf bevrijding	Zelf bevrijding	Zelf bevrijding
		Stimuluscontrole	Stimuluscontrole	Stimuluscontrole
		Contraconditoning	Contraconditoning	Contraconditoning
			Reinforcement-manage-ment	Reinforcement-manage-ment
		Steunende relaties	Steunende relaties	Steunende relaties
	Sociale bevrijding			Sociale bevrijding

Elke sessie heeft dezelfde structuur en is op dezelfde manier ingedeeld: een duidelijke grondgedachte, een beschrijving van de doelstellingen en een overzicht van de belangrijkste activiteiten die zullen plaatsvinden. De handleiding beschrijft stap voor stap deze structuur. Dat lijkt eenvoudig toepasbaar, maar vergt uitgebreide training en begeleiding van beginnende hulpverleners. De groepsbehandeling wordt gekenmerkt door zelfwerkzaamheid, doordat gebruik wordt gemaakt van helder geïllustreerde en gevalideerde hand-outs waarmee de patiënt van sessie naar sessie actief 'werkt' en inzicht verworft in zijn situatie en verbeteringen aan zichzelf kan toeschrijven.

Thomas: 'Gaandeweg kwamen de cliënten losser. Ik vond het echt opvallend dat mensen ook echt geraakt werden; het werkte door. Ik ging mijzelf vergelijken met anderen en op zoek naar overlap of juist verschillen. De gesprekken waren open en heel uitnodigend. Eigenlijk best verbazingwekkend, want er was weinig interventie van de therapeuten. Ik had bij sommige onderwerpen nooit stilgestaan, maar ik kon er niet meer omheen. Het struisvogeleffect werkte niet meer.'

Hoewel de handleiding niet in detail ingaat op motiverende gespreksvoering, vormt het wel de basis voor de methode. De therapeut stelt open vragen, luistert reflectief, bekrachtigt de inspanningen van de patiënt en vat samen. Naast deze basisvaardigheden wordt de attitude van uitlokken, samenwerken, respect voor de autonomie en empathie weergegeven (Rollnick, Miller & Butler, 2007). Verder wordt in de handleiding gebruik gemaakt van algemene psychotherapeutische technieken.

Thomas: 'Het laagdrempelige, vrijwillige karakter trok mensen mee. Er werd steeds meer nagedacht en gesproken over verdere hulp en concretere doelen. Ikzelf ben zo bijvoorbeeld terechtgekomen bij een systeemtherapeut, samen met mijn moeder. Dit is een zeer prettige behandeling geweest. Ik heb geleerd zaken ook van een andere kant te bekijken. De onderwerpen worden herkenbaar en in je behandeling kun je er dan verder mee.'

Tabel 2 laat zien wat de relatie is tussen de thema's van de sessies, de veranderingsprocessen en de technieken die daarvoor worden gebruikt.

**Tabel 2. Technieken om de voortgang van de processen te bevorderen.**

<b>Thema sessie</b>	<b>Veranderingsproces</b>	<b>Technieken</b>
• Dagelijks gebruik • Fysiologische effecten • Uitingen van bezorgdheid	Bewustmaking	• Beoordeling/feedback • Psycho-educatie • Cognitieve herkenning
• Verwachtingen gebruik • Waarden	Zelfherbeoordeling	• Cognitieve herkenning • Identificeren van waarden
• Voor- en nadelen afwegen • Relaties • Rollen	Beslissingsbalans*	• Besluitvorming
• Voor- en nadelen afwegen • Relaties • Rollen	Herbeoordeling van de omgeving	• Cognitieve herkenning • Identificeren van rol
• Zelfvertrouwen en verleiding • Oplossen van problemen	Self-efficacy*	• Oplossen van problemen
• Doelen • Actieplan • Opnieuw beginnen (na misstap)	Zelfbevrijding	• Doel vaststellen • Terugvalmanagement • Formuleren
• Risicosituaties	Stimuluscontrole	• Psycho-educatie • Herbeoordeling van de omgeving
• Stress • Assertiviteit • Vaardigheden in weigeren • Gedachtenbeheersing	Contraconditionering	• Ontspanningstechnieken • Assertiviteitstraining • Rollenspel • Cognitieve herindeling
• Succes beloning	Bekrachtiging	• Bekrachtiging • Cognitieve herindeling
• Sociale steun	Steunende relaties	• Vergroten sociale vaardigheden • Communicatievaardigheden
• Identificeren van behoeften • Helpende instanties	Sociale bevrijding	• Identificeren van behoeften • Psycho-educatie

\* Hoewel beslissingsbalans en 'self-efficacy' niet als veranderingsproces worden beschouwd, zijn het essentiële proceselementen in het veranderingsmodel.

De methodiek richt zich vooral op het veranderingsproces waarin de patiënt zijn afhankelijkheidsprobleem moet zien te overwinnen. Het onderscheid met de groepsleefstijltraining van Resultaten Scoren ligt vooral in het veel meer ruimte geven voor motivatieverhogende interventies dan in de leefstijltraining. Deze is meer gericht op het aanbrengen van gedragsverandering en is aanzienlijk korter. Deze module kan in verschillende klinische en ambulante voorzieningen van de verslavingszorg toegepast worden, voor verschillende doelgroepen.

Nadat de module voldoende eigen is gemaakt, zijn onderdelen van sessies of instrumenten ook bruikbaar in individuele of andere contexten.

Thomas: ‘Ik had graag nog verder gewild met de stof van de groep. Over sommige zaken werd daarna niet meer gesproken, terwijl ik daar wel behoeftie aan had. Ik merkte dat ook bij de andere groepsleden op de afdeling: er werd vaak nog nagepraat, tot zelfs enkele dagen na de groep. Dat vind ik wel een aandachtspunt: meer bekendheid bij het personeel en eventueel één persoon, liefst de therapeut van de groep, die daarna nog te benaderen is. Er werd veel getriggerd bij mij, het plaatje werd completer en ik wilde daarmee verder. Ik zou graag deelnemen aan het tweede deel van deze behandeling.’

### **Starten met ‘Motiveren in groepen’: het pilotproject**

In 2009 heeft Novadic-Kentron een pilot uitgevoerd, waarbij het groepsbehandelingsprogramma binnen drie settings is uitgevoerd. De vraagstellingen waren:

- Is de methode uitvoerbaar in onze praktijk?
- Waarderen de patiënten deze vorm van behandeling?
- Heeft het een toegevoegde waarde voor de teams en behandelaars?

De groepen in de pilot werden geleid door therapeuten die hebben deelgenomen aan de training van Mary Velasquez, die ze heeft gegeven in 2008 in het kader van een congres over motivatie. Bij de keuze van de settings speelden de volgende criteria een rol: een geschikte patiëntpopulatie, reeds aanwezige structurele groepsbijeenkomsten, aansluiting bij de bestaande behandelingscultuur en een goede kans op een geslaagde implementatie van de module in de behandelingspraktijk. De groepstherapeuten namen deel aan een parallel supervisietraject, uitgevoerd door de laatste auteur van dit artikel, in gesprek met de auteur van de handleiding.

Uit recente meta-analyses blijkt dat motiverende gespreksvoering uitsluitend in groepsverband waarschijnlijk niet effectief is (Lundahl & Burke, 2009). In dit pilotproject hebben echter alle patiënten een transmuraal, individueel behandelingsplan, waarvan de groepsbehandeling slechts een onderdeel is.

## Setting en doelgroepen

Drie klinische voorzieningen bleken aan de gestelde criteria te voldoen. Binnen de Dubbele Diagnose (DD) afdeling te Vught paste het heel goed in een project gericht op verbetering van het zorgprogramma. Het DD-programma richt zich op patiënten met ernstige en aanhoudende psychiatrische problematiek, in combinatie met alcohol- en/of drugsafhankelijkheid. Binnen het programma is ervoor gekozen om, gezien de grote diversiteit binnen de patiëntenpopulatie, zowel een groep met de eerste veertien sessies (motivatiegroep 1) als een groep met de laatste vijftien sessies (motivatiegroep 2) aan te bieden. Binnen DD hebben in 2009 in totaal 22 mannen en 8 vrouwen deelgenomen in twee groepen.

Binnen het Intramurale Motivatie Centrum (IMC) in Vught werd van de introductie van deze methode een gunstige vliegwielerwerking verwacht voor het bevorderen van het fasegericht denken en werken, evenals voor de inbedding van vaardigheden voor motivationele gespreksvoering in het behandelingsmilieu. Het IMC is een laagdrempelige afdeling waar patiënten gemotiveerd dienen te worden tot behandeling. Het zijn vaak zorgmijders en draaideurpatiënten, maar ook patiënten die vanuit een crisissituatie voor het eerst kennismaken met de verslavingszorg. Gezien de omvang van de afdeling is ervoor gekozen vier parallelle groepen te starten, met de eerste veertien sessies. Er hebben in het IMC in totaal 64 mannen en 20 vrouwen deelgenomen. In de Penitentiaire Inrichting (PI) in Vught liep een ontwikkelingstraject om de begeleidingsmethodieken te professionaliseren. Men was enthousiast over ‘Motiveren in groepen’, omdat veel verslaafde gedetineerden binnen detentie voor het eerst gaan nadenken over mogelijke veranderingen die ze in hun leven willen aanbrengen (Clark, 2006). De groep gedetineerden met verslavingsproblematiek die op deze afdeling verblijft is niet of nauwelijks gemotiveerd voor verandering maar zou daartoe wel in staat moeten zijn, aldus de inschatting in de justitiële inrichting. Er hebben in de pilotfase veertien mannen van de PI deelgenomen aan de groep.

## Opzet

De volgende opzet is gekozen voor de drie afdelingen: een open groep met instroom vanuit de opgenomen populatie op vrijwillige basis.

Duur: één uur per sessie, één sessie per week. De groep bestaat uit maximaal tien personen. De groepsessie wordt geleid door een psycholoog als therapeut en een cotherapeut (psycholoog of sociotherapeut). Beide nemen deel aan het supervisietraject. De eerste therapeut is inhoudelijk verantwoordelijk voor de therapievorm, de cotherapeut

**Tabel 3. Kenmerken van pilotsettings.**

Kenmerken groepen	Verslavingszorg, dubbele-diagnosekliniek	Verslavingszorg, intramuraal motivatiecentrum	Penitentiaire inrichting, gedetineerden met verslaving
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ernstige en aanhoudende psychiatrische problematiek in combinatie met alcohol- en/of drugsafhankelijkheid</li> <li>Naast verslavingsproblematiek kan sprake zijn van ernstige schizofrene stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, affectieve stoornissen en/of persoonlijkheidsproblematiek</li> <li>Ernstige en aanhoudende psychiatrische problematiek in combinatie met alcohol- en/of drugsafhankelijkheid.</li> <li>Naast verslavingsproblematiek kan sprake zijn van ernstige schizofrene stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, affectieve stoornissen en/of persoonlijkheidsproblematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patiënten zijn vaak zorgmijders en draaideurcliënten, ook vanuit een crisissituatie of eerste kennismaking met verslavingszorg</li> <li>Een variërende groep met een diversiteit van verslavingen aan alcohol en/of drugs tot en met polyverslaafden</li> <li>Gemiddeld 75-80% autochtoon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mannelijke gedetineerden met een verslavingsprobleem</li> <li>In detentie op een unit voor 'wel kunnen' en 'niet willen'</li> <li>Laag-gemotiveerde gedetineerden met mogelijkheden tot verandering</li> <li>75% autochtoon</li> </ul>
Groep reeks	Motivatie 1 (14 sessies)	Motivatie 2 (15 sessies)	Motivatie 1 (14 sessies)
Aard groep	Transmuraal, open	Klinisch, open	Detentie, gesloten
Afgeronde groepsreeksen	2	2	8
Totaal aantal deelnemers	30 (22 man, 8 vrouw)	84 (64 man, 20 vrouw)	14 (14 man, 0 vrouw)
Gemiddeld aantal deelnemers per reeks	5,3	4,6	8
Gemiddelde leeftijd	31,5	39,1	28,9
Groepstherapeuten	Psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige	Psycholoog, senior sociotherapeut	Psycholoog verslavingszorg, senior sociotherapeut
Getraind door Velasquez	Beiden	Beiden	Beiden
Toewijzing	Op geleide RCQ-afname, advies behandelaar	Onderdeel weekprogramma, inschatting behandelaar	Wens cliënt, advies psycholoog Dienst PI

focust op structuur van de groep en de terugkoppeling en inbedding in de afdeling . Alleen patiënten die de Nederlandse taal voldoende beheersen nemen deel.

De doelen van de evaluatie zijn beperkt gebleven tot uitvoerbaarheid en tevredenheid bij patiënten en medewerkers. Later, bij eventueel vervolgonderzoek zou verder in kaart gebracht kunnen worden of therapeuten zich voldoende houden aan de principes van motiverende gespreksvoering, bijvoorbeeld met de Motivational Interviewing Treatment Scale (Moyers e.a., 2007).

Of het programma uitvoerbaar is, wordt getoetst binnen de begeleidende supervisie. Elke maand komen alle groepstherapeuten bijeen om elkaars ervaringen uit te wisselen, gericht op de volgende vragen:

- Wat ging goed?
- Wat ging minder goed?
- Wat is de oorzaak ervan?
- Wat hebben we gedaan om het te verbeteren?
- Werkte dat ook?

Op basis van antwoorden op deze vragen, komen we tot een overzicht van bevorderende en belemmerende factoren.

#### BEVORDERENDE FACTOREN

- Het blijkt goed mogelijk om de inhoud van elke sessie, binnen de beschikbare tijd, met voldoende rust met de deelnemers door te nemen.
- Er blijkt bij genoemde populaties behoefte aan een herkenbare werkwijze tijdens groepsbijeenkomsten. De eenduidige structuur van ‘Motiveren in groepen’ komt als geroepen.
- Het pilotproject genereerde positieve mond-tot-mondreclame binnen de regio’s van Novadic-Kentron: de regio Tilburg wilde graag van start met deze methode voor een wachtlijstgroep, de regio Breda zag het als een inhoudelijk beter alternatief voor de leefstijl-4-groepen. Ook vanuit andere DD-klinieken kwamen verzoeken de methode te mogen implementeren. Bredere implementatie was toen niet aan de orde vanwege de lopende pilot.
- Regelmatig meldden patiënten na ontslag of overplaatsing te willen blijven participeren in de groepsessies. In de meeste gevallen kon men ‘transmuraal’ blijven meedoen.
- In de PI is ‘Motiveren in groepen’ op uitdrukkelijk verzoek van PI Vught opgenomen in het zorgpakket dat Novadic-Kentron levert binnen de justitiële inrichting.
- Inhoudelijke beleidsmakers van de ambulante sector zien een aan-

vullende toegevoegde waarde van deze module op het bestaand aanbod.

#### BELEMMERENDE FACTOREN

- Velasquez karakteriseert het programma als een open groep. Open groepen bleken in de praktijk van het IMC en de PI onrust te geven over de vertrouwelijke sfeer in de groep. Daarom is op beide afdelingen begonnen met een gesloten groep. Bij één groep werd door hoge dropout aan het einde van de reeks de groepssamenstelling te klein. In de PI werd gekozen voor een opzet met selectie voor deelname door het begeleidend PI-team. Dit bleek goed te werken.
- Een deel van de gebruikte terminologie in de handleiding werd door patiënten soms als onnoodig ingewikkeld of schools beleefd (zoals precontemplatie, contemplatie en consolidatie). Daarmee werd onvoldoende aangesloten bij de beleving van de patiënten. De trainers pasten bepaalde passages aan en screenden formulieren en handouts hierop. De veranderingsfasen zijn nu bijvoorbeeld omgeschreven als ‘voorbeschouwing’, ‘overpeinzing’ en ‘voortzetten’.
- Binnen de pilot bleek registratie binnen de digitale zorgplansystematiek een probleem. Deelname werd pas declareerbaar nadat ‘Motiveren in groepen’ in de systematiek was opgenomen. Ook gedetineerde patiënten moesten worden ingevoerd in het systeem van de verslavingszorg voordat zij formeel met een declareerbare activiteit konden starten.
- De verschillen tussen de justitiële patiënten en de reguliere verslavingszorg patiënten zijn groter dan verwacht. Het gesloten afdelingsmilieu van de gedetineerden maakte dat men moest wennen aan het uitwisselen van elkaars motieven voor gedrag. De inbreng van de gedetineerde patiënten was namelijk vaak gerelateerd aan criminale activiteiten.
- Het onderlinge verschil in verstandelijke vermogens in de PI bemoeilijkte soms de groepsdynamiek. In een enkel geval werd besloten de groep voor de betreffende patiënt te beëindigen omdat het intellectueel niveau te laag was. Het is daarom raadzaam dat de therapeut in een PI gedegen kennis heeft van forensische en psychiatrische problematiek en kan omgaan met verstandelijke beperkingen bij verslaafde patiënten in een groep.

#### Tevredenheid patiënten

Op alle locaties was er grote tevredenheid ten aanzien van de begeleiding door de therapeuten. Na afloop van elke sessie gaven de deelnemers hun mening over de sessie en gaven ze een rapportcijfer. De

**Tabel 4. Waarderingscijfers patiënten tevredenheid.**

Setting	Sessie reeks	Score op	Waardering
DD-kliniek	Motivatie 1 (sessie 1-14)		7,4
	Motivatie 2 (sessie 15-29)		7,3
IMC	Motivatie 1 (sessie 1-14)	Inhoud	8
		Therapeut	8
PI Vught	Motivatie 1 (sessie 1-14)	Inhoud	7
		Therapeut	7,5

deelnemers van het IMC en PI deden dat voor de inhoud van de sessie en voor het optreden van de therapeut, bij de DD-kliniek werd alleen een cijfer gegeven voor de inhoud van de sessies (zie tabel 3). In de mondelinge evaluaties spraken de deelnemers veel waardering uit voor het open karakter van de groep en accepterende en vertrouwelijk houding van de therapeuten. Ze voelden zich vrijer om open over gebruik en abstinentie te praten - en hoe daarmee om te gaan - dan ze gewend waren in de verslavingszorg. De inhoud, inzichten en benadering van de thema's bleek soms confronterend.

Patiënten kozen er soms voor om tijdens een thema de groepssessie te verlaten. Er werd dan na afloop individueel aandacht aan de patiënt gegeven. Ook al lag hetgeen besproken werd soms gevoelig, inzichten en benadering van de thema's stemden tot tevredenheid. Ook bleek dat er genoeg gespreksstof ontstond om onderwerpen in de lopende week met elkaar of andere patiënten of met teamleden te bespreken. In een aantal gevallen leidden de inzichten tot daadwerkelijke acties. De gedetineerden vonden het in het begin wat beangstigend. Zij bleken niet gewend om op een open en explorerende manier met elkaar in gesprek te gaan. Geleidelijk aan bemerkten zij echter overeenkomsten bij elkaar, met betrekking tot het omgaan met verslavende middelen. Uiteindelijk raakten zij enthousiast en gaven aan het gevoel te hebben gerespecteerd te worden om wie ze waren, en dat ze op een niet-veroordeelende manier meer inzicht hadden gekregen in hun problematiek.

De in tabel 4 opgenomen waarderingscijfers liggen in dezelfde range als andere interventies in de verslavingszorg.

### Tevredenheid teams

De waardering door teams en behandelaars werd vastgesteld middels een open interview met het team tijdens en na afloop van het pilotproject. Binnen het DD-team is 'Motiveren in groepen' ingevoegd in het

afdelingsprogramma omdat het goed past in de behandelingsvisie. Vanuit het team bleek al snel enthousiasme te ontstaan voor de basisattitude van waaruit beide groepen worden gedraaid en blijkt de hierin gebezigeerde taal zich makkelijk te verspreiden naar het leefmilieu. Deze overdracht naar het behandelingsmilieu werd ook met tevredenheid vastgesteld binnen het IMC. De methodiek werd binnen deze afdeling in het programma opgenomen. Met name de eerste veertien sessies passen goed binnen de behandelingsvisie. Teamleden spraken herhaaldelijk hun verbazing uit over de ontspannen sfeer in de sessies, de houding van de therapeuten die weinig confronterend en non-directief was en de openheid die daardoor ontstond.

Evaluatie met het team Penitentiair medewerkers gebeurde met behulp van een open interview. Medewerkers van de PI twijfelden in eerste instantie aan de meerwaarde van deze groepsessies. Doordat de eerste poging om een groep samen te stellen niet goed verliep, werd besloten na drie sessies opnieuw te beginnen. Na een gesprek met de afdeling en het hoofd werd een nieuwe groep samengesteld en zorgvuldig geïntroduceerd bij gedetineerden en begeleiders. Na elke sessie werd een korte terugkoppeling gegeven aan de afdeling. Na deze nieuwe start verliep alles beter, langzamerhand werd het personeel enthousiast en werden er op de afdeling veranderingen geconstateerd.

### **Tot besluit**

De vertaling en de beperkte bewerking voor het Nederlandstalige werkgebied van een boek heeft geleid tot nauwe samenwerking met de oorspronkelijke auteur. Na een training die zij heeft gegeven, hebben we een plan gemaakt voor een pilotproject en zijn we met het boek op schoot begonnen aan de groepsessies met patiënten. Samen gestaag en geduldig doorwerken leidde uiteindelijk tot een geslaagde implementatie binnen drie klinische doelgroepen. Met het paralleltraject van supervisie voor de therapeuten is de module door de trainers voldoende eigen gemaakt. ‘Motiveren in groepen’ is elders bewezen effectief en bij Novadic-Kentron goed uitvoerbaar gebleken in de selecte groep van de DD- en IMC-populatie in een klinische setting en binnen een unit van een PI. Het leidde tot hoge cliënttevredenheid en tot enthousiasme bij de medewerkers en betrokken teams. Met verder onderzoek op effectiviteit kunnen ook uitspraken gedaan worden met betrekking tot indicatiestelling bij patiënten voor deze groepsinterventie. Deze pilot vormt een goede basis om de methodiek in andere contexten toe te passen en op effectiviteit te onderzoeken.

Hiermee hebben we de kwaliteitscirkel doorlopen: na een training is er een plan gemaakt voor implementatie in de eigen praktijk (plan), de

uitvoering is begeleid door supervisie (do), is geëvalueerd op uitvoerbaarheid (check) en dit heeft geleid tot brede implementatie van de methode (act). Daarmee kan er een ‘evidence-based’ groepsmethodiek toegevoegd worden aan het palet van behandelingsvormen binnen de Nederlandse verslavingszorg.

## Literatuur

- Clark, M.D., Walters, S.T., Gingerich, R. & Meltzer, M. (2006). Motivational interviewing for probation officers: tipping the balance towards change. *Federal Probation*, 70, 38-44.
- Drieschner, K.H. (2005). *Measuring treatment motivation and treatment engagement in forensic psychiatric outpatient treatment: development of two instruments*. Thesis Radboud Universiteit Nijmegen. Enschede: Feboedruk.
- Lundahl, B. & Burke, B.L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1232-1245.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. (Nederlandse vertaling: Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Johannes Multimedia, 2005.)
- Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K., Miller, W.R. & Ernst, D. (2007). Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.0 (MITI 3.0). Albuquerque: University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions.
- Oudejans, S.C.C., Spits, M.E., Vastenburg, D. & Schippers, G.M. (2011). *Benchmark leefstijltraining in de verslavingszorg*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research.
- Perz, C.A., DiClemente, C.C. & Carbonari, J.P. (1996) : Doing the right thing at the right time? The interaction stages and processes of change in succesfull smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of treatment*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Riemssma, R.P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S. & Walker, A. (2002). A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages of change approach to promote individual behaviour change health. *Health Technology Assessment*, 6, 24.
- Rollnick S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. Guilford Press, New York.
- Schippers, G.M. (2009). Motivatie tot behandeling en stadia van verandering. In I. Franken & W. van den Brink (red.), *Handboek verslaving* (pp. 319-323). Utrecht: De Tijdstroom.
- Sluijs, M.van., Poppel, M. van & Mechelen, W. van (2004). Stage-based lifestyle interventions in primary care are they effective? *American Journal of Prevention Medicine*, 26, 330-343.
- Velasquez, M.M., Mauer, G.G., Crouch, C. & Diclemente, C.C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages of change therapy manual*. New York: Guilford

- Press. (Nederlandse vertaling: Groepsbehandeling bij middelenmisbruik. Stap voor stap veranderen op basis van het transtheoretisch model, Hartcourt, 2006.)
- Weert-van Oene, G.H. de, Schippers, G.M., Jong, C.A.J. de & Schrijvers, G.A. (2002). Motivation for treatment in substance-dependent patients. Psychometric evaluation of the TCU motivation for treatment scales. *European Addiction Research*, 8, 2-9.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039.